

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIVa. LEGISLATURA
PRIMER PERIODO

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 364 DE 1995

SIN CORREGIR POR LOS ORADORES

AGOSTO DE 1995

SITUACION DE LOS HOSPITALES DE LAS PIEDRAS Y CANELONES DESCENTRALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)

Exposición del Señor Ministro de Salud Pública

Versión taquigráfica de la sesión de la Comisión del día 23 de agosto de 1995

A S I S T E N C I A

Preside	:	Senador Alberto Cid
Miembros	:	Senadores José Andújar, Hugo Fernández Faingold, José Korzeniak y Nicolás Storace Montes
Invitados especiales	:	Señores Ministro de Salud Pública, doctor Alfredo Solari; Director General de ASSE, doctor Raúl Amorín, Asesora del Ministro de Salud Pública, doctora Irene Cavallini y Directora General de la Secretaría del Ministerio, doctora Jenny Read.
Secretaria	:	María Esther Furest
Ayudante	:	Fabio Rodríguez
Colaborador	:	Félix González

av

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo numero, está abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 10 minutos)

En nombre de la Comisión damos la bienvenida al señor Ministro de Salud Pública y a sus asesores.

El viernes pasado, en una reunión de trabajo surgida a instancias de la convocatoria que formulara el señor Ministro, se hizo un repaso de los puntos contenidos en los proyectos de ley sobre los que estamos discutiendo, entre ellos, los que se refieren a las residencias para ancianos y al Banco de Organos, así como de los aspectos contingentes que fueron surgiendo. En ese ámbito expresé algunas inquietudes que se habían planteado en la Comisión formuladas por el señor Senador Andújar, en cuanto a establecer en qué etapa de funcionamiento se podía considerar el Hospital de Las Piedras y qué vinculación tenía con otras estructuras asistenciales de la parte norte del departamento de Montevideo, en lo que tiene que ver con la armonización del funcionamiento de ambos. Asimismo, se analizaron algunos aspectos de la descentralización proyectada, tema que estaría incluido en el proyecto de ley de presupuesto que ingresa al Parlamento el primer día de setiembre. En ese sentido, expresamos al señor Ministro —y es justo decirlo en este ámbito— que la Comisión como tal no había tomado contacto formalmente con los documentos elaborados por el Ministerio, salvo de una manera muy accidental, lo que nos colocaba en una desventaja en cuanto a la capacidad de análisis y discusión de ese proyecto de ley, que contenía nada menos que 117 artículos.

El señor Ministro nos solicitó ser recibidos por la Comisión de Salud Pública —la iniciativa surgió del propio doctor Solari— para discutir estos aspectos que fundamentalmente están orientados al tema de la descentralización de ASSE. De todas maneras, el señor Senador Andújar ha solicitado hacer un planteo previo al tema que nos ocupa, por lo que le concedemos la palabra.

SEÑOR ANDUJAR.- También quiero dar la bienvenida al señor Ministro y a su calificado equipo, de quienes escucharemos

con mucho gusto los proyectos que vienen a plantear.

En una reunión anterior de esta Comisión, habíamos efectuado un planteamiento, pero cuando empezamos a leer el proyecto de ley de descentralización de ASSE no nos pareció que los problemas de los hospitales de Las Piedras y Canelones --inclusive nos surgieron preguntas acerca del Hospital Pereira Rossell-- pasaran a un segundo plano. Sin embargo, creemos que este proyecto es sumamente importante. Nos parece que de aprobarse tal como está tendrá repercursiones y nos importa saber la opinión del señor Ministro y de su equipo, ya que según hemos podido saber sería tramitado junto con el proyecto de ley de presupuesto. Esta situación determina que el tiempo del que se dispone sea muy corto, dado que es largo el articulado y se trata de temas en los que hay que reflexionar, estudiar y tener un concepto muy claro de las ideas que se van a presentar, porque sin ninguna duda va a repercutir sobre toda la atención de la salud del país.

Si el señor Presidente y el señor Ministro no tienen inconvenientes, me gustaría comenzar con el tema del proyecto de ley de descentralización de ASSE, que a mi juicio es jerárquicamente más importante, porque se trata de la atención de salud de todo el país, y no sólo del departamento de Canelones o de una parte de los departamentos de Montevideo y Canelones. Debo decir al señor Ministro que nos hubiera gustado contar con este proyecto de ley antes, porque en una sesión de esta Comisión recibimos a una delegación del Area de la Salud del Banco de Previsión Social y frente a sus inquietudes no supimos contestarles, por no estar en conocimiento del asunto. Reitero que sabemos que el señor Ministro está ocupado con otros temas y proyectos de ley, pero de todas maneras nos hubiera gustado disponer del que nos ocupa.

SEÑOR MINISTRO.- Siempre es un gusto venir a la Comisión de Salud Pública del Senado para tratar los temas que son de interés y de responsabilidad conjunta. Por lo tanto, agradezco esta oportunidad y concuerdo con el señor Senador Andújar en cuanto a que el proyecto de descentralización de ASSE es un tema que, aunque más no sea por comprender a los Hospitales de Las Piedras y Canelones, tiene una

trascendencia superior. Entiendo que los integrantes de la Comisión, al considerar los temas que tienen que ver con estos Hospitales, merecen por lo menos una explicación muy suscinta sobre su situación.

Las obras fueron suspendidas por la empresa constructora el 22 de marzo de este año, debido a atrasos en los pagos por parte del Poder Ejecutivo, concretamente el Ministerio de Salud Pública, que comenzaron a gestarse en el mes de setiembre de 1994. La deuda entre el Ministerio de Salud Pública y la empresa constructora URSA S.A., al primero de marzo ascendía a U$S 3:000.000 mientras el crédito disponible para la cancelación y finalización de esas obras —para lo cual se requieren U$S 4:500.000 más— era de tan sólo U$S 1:000.000. Quiere decir que existen dos obras tramitadas en forma conjunta y a la empresa que las construye se les deben U$S 3:000.000. Reitero, se necesitan U$S 4:500.000 más para terminar las obras y todo el crédito disponible asciende a sólo U$S 1:000.000. Ante esta situación y frente a la imposibilidad del Poder Ejecutivo de transferir recursos para poder continuar las obras en el mismo ritmo, quien habla se contactó con la Comisión de construcción de las obras de Las Piedras y Canelones, presidida por el señor Molaguero, con quien intentamos tramitar ante el Banco de la República un crédito que permitiera avanzar en las obras hasta contar con los créditos presupuestales que fije la Ley de Presupuesto que será considerada por el Parlamento a partir del próximo primero de setiembre.

Lamentablemente, hasta este momento no hemos tenido éxito en la obtención de un crédito en el Banco de la República, por lo cual lo estamos gestionando ante una entidad privada, aunque por un monto mucho menor. Esperamos lograr este crédito a la mayor brevedad a los efectos de reiniciar las obras —específicamente las del Hospital de Las Piedras— para poder terminar los sectores correspondientes a internación, servicios de diagnósticos y terapéuticos de apoyo, a fin de que esta obra, que fue inaugurada en noviembre del año pasado, pueda, efectivamente, ser puesta a disposición de la población de Las Piedras. De esta forma se podrá brindar no sólo atención ambulatoria, sino también prestar servicios de internación.

msa

La situación del Hospital de Canelones es un poco más compleja porque la deuda es mayor y los recursos necesarios para terminar las obras y ponerlas a disposición de la población también son superiores. A todo esto se debe agregar que el Ministerio de Salud Pública no ha efectuado ningún aporte al Banco de Previsión Social generado a raíz de estas dos obras. Por lo tanto, a las cifras que he brindado hay que agregar, además, U$S 1:300.000 por concepto de aportes a los cuales, eventualmente, habrá que sumarle las multas y los recargos si es que no se llega a un acuerdo con el Banco de Previsión Social.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tal como ha manifestado el señor Ministro y se ha percibido en los medios de comunicación, en los últimos meses del año pasado fue inaugurado el Hospital de Las Piedras. Pregunto concretamente, qué es lo que se inauguró, porque por la información que se nos acaba de brindad no existe ninguna obra en funcionamiento.

SEÑOR MINISTRO.- El Hospital de Las Piedras fue inaugurado y se encuentra en pleno funcionamiento todo lo que tiene que ver con las consultas externas, el archivo clínico, la administración, la farmacia externa, la biblioteca, el salón de actos y la cantina. Todos estos servicios son utilizados diariamente por la población del hospital.

Lo que no está en funcionamiento, es el servicio de radiología, el laboratorio, los blocks quirúrgicos, las salas de internación, la unidad de cuidados intensivos, es decir que no se han habilitado ninguna de las dependencias que tienen que ver con la internación.

SEÑOR KORZENIAK.- Respecto de lo que manifestó el señor Ministro en relación con el Banco de la República, deseo saber si éste no ha contestado o ha negado el crédito, porque no entiendo el motivo por el cual dicha institución puede encontrarse en una actitud omisa o de negación.

También deseo saber si cuando el señor Ministro dijo que eso determinó la necesidad de tener que recurrir a una entidad privada, se refería a una de carácter internacional o nacional.

msa

Por otra parte, por lo que rápidamente pudimos captar, desde el año pasado existe falta de crédito y presumo que se trata de crédito presupuestal. Concretamente, deseo que se aclare si se habría gastado más de lo previsto en el presupuesto o si, en cambio, se contaba con alguna asistencia crediticia que, posteriormente, no se hizo efectiva.

SEÑOR MINISTRO.- Respecto a la primera pregunta formulada por el señor Senador, debo decir que por parte de quien habla se realizó una consulta informal con el Banco de la República a efectos de determinar si era posible obtener un préstamo de alrededor de U$S 5:500.000 destinado al Ministerio de Salud Pública o a la Comisión de Apoyo para la construcción del Hospital de Las Piedras y Canelones. En ese momento se entendió que, de formalizarse las tratativas, se iba a terminar en el mismo escollo que se planteó con motivo de otra obra, que también está en ejecución, que es el Centro Médico Deportivo de Rocha. Respecto a este último se había tramitado formalmente un préstamo por una suma muy inferior, pero el Banco de la República solicitó como garantía que una disposición legal respaldara ese crédito para asegurar el cobro. Como se entendió que en la instancia presupuestal en que nos hallábamos --aproximadamente en los meses de junio o julio-- no había posibilidades de introducir en la Ley de Rendición de Cuentas del Ejercicio 1994 una garantía de esa clase, la gestión no se formalizó. Con respecto a la entidad privada, desconozco de qué firma se trata y a ella se aproximó el señor Molaguero en su carácter de Presidente de la Comisión. Además, existe una buena disposición de parte de esa empresa que no sé si es nacional o extranjera. Simplemente, se requiere una acotación al mínimo indispensable para mantener el ritmo de obra hasta el año próximo y en eso estamos trabajando.

En lo que tiene que ver con el tercer punto, referente a la falta de crédito, debemos decir que ésta no se debió a ningún tipo de incumplimiento por parte del Estado uruguayo, ni del cofinanciador de esta obra que es la empresa FOCOEX de España. Ambos créditos existieron y se otorgaron tal cual estaban pactados y la falta de crédito se debió a un error de cálculo con respecto a los montos necesarios para cubrir ampliaciones de obras, imprevistos, ajustes de paramétricas, etcétera, que hasta la fecha han ocasionado un gasto de

U$S 4:271.000, superiores a lo que se había estimado y pactado en marzo de 1993, cuando se convino esta obra. De manera que ésas son las tres contestaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si ningún señor Senador desea formular otra pregunta sobre este punto, pasaríamos a considerar los otros temas que habíamos acordado al comienzo.

SEÑOR MINISTRO.- En lo que respecta al proyecto de descentralización de ASSE, es decir, a la transformación de ASSE, organismo desconcentrado, en uno descentralizado, en primer lugar, me gustaría referirme a un tema de procedimiento que fue planteado, en un comienzo por el señor Senador Cid y, luego, por parte del señor Senador Andújar. En la elaboración de este proyecto de ley hubiera sido nuestra obligación --no desde el punto de vista formal, sino de las relaciones fluidas que mantenemos con los integrantes de esta Comisión, como de la respectiva de la Cámara de Representantes-- acercarles el articulado propuesto o los lineamientos más importantes, a pesar de que formalmente no era la instancia más adecuada, ya que va a venir formalmente cuando se envíe la Ley de Presupuesto. Creo que nos habríamos ayudado mutuamente si lo hubiéramos hecho de esa manera, pero en aquella oportunidad no se nos ocurrió, por lo que les rogamos nos disculpen.

En segundo término, el proyecto -en sí- responde a un criterio sobre el cual todos los Partidos Políticos, en ocasión de la campaña electoral del año pasado, fueron contestes y se refiere a la necesidad que tiene el Ministerio de Salud Pública de fortalecer las funciones normativas, de planificación y de control de la calidad de todos los servicios y todos los profesionales de salud, es decir, lo que normalmente se denomina como función rectora de esta Cartera.

Como los señores Senadores saben, el Ministerio de Salud Pública en este momento cumple con esa función, además de la de administrar una red bastante compleja y muy extensa de servicios asistenciales en todo el país, instaurada en un organismo desconcentrado denominado ASSE, Administración de Servicios de Salud del Estado. Este es un organismo que surge

msa

como consecuencia de la Ley de Rendición de Cuentas aprobada en 1987, justamente, como un intento de quitar de las responsabilidades directas de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, la administración de esta red hospitalaria y de servicios de salud, tan numerosa y compleja.

Es cierto que los siete años que se llevan de experiencia de implementación de ASSE como organismo desconcentrado, nos han dejado algunas lecciones. Creo que la principal de ellas es que, como organismo desconcentrado, tiene un grado de autonomía tan limitado que no le permite separarse realmente del Ministerio de Salud Pública y, por lo tanto, posibilitar que éste desarrolle ese papel normativo en su máxima expresión.

Tan así es y tanto ha deteriorado la acción rectora del Ministerio de Salud Pública, que si los señores Legisladores analizan la realidad de lo que ha sucedido en los últimos diez años, podrán comprobar que muchas de las funciones que son propias del Estado en materia de salud, se han depositado parcialmente en Comisiones Honorarias creadas con relación a distintas enfermedades —no digo esto como crítica—, desdibujando más aún lo que debería ser la organización y la acción del Estado en esta materia. Concretamente, me refiero a la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, a la Comisión Honoraria Pro Salud Cardiovascular, a la Comisión Honoraria de Discapacitados y a una ya anunciada iniciativa para crear una Comisión Honoraria de Salud Mental. Quiere decir que el Estado en su administración central, está cargando con servicios que podría delegar en instituciones más descentralizadas y está perdiendo recursos y potestades en algunas de las áreas o, por lo menos, las está compartiendo con otras organizaciones que por ser en su gran mayoría entes públicos no estatales, tienen un grado de autonomía muy grande, por lo que el Estado tiene un control muy limitado sobre ellas. A vía de reflexión, si sumamos los presupuestos operativos de las Comisiones Honorarias de Lucha contra la Hidatidosis, contra el Cáncer, pro Salud Cardiovascular y Antituberculosa, llegamos a una cifra aproximada de U$S 12:000.000 anuales, que es similar al presupuesto operativo que tendría el Ministerio de Salud Pública si se desprendiera totalmente de ASSE. Es decir que el Estado está dividiendo su esfuerzo presupuestal en materia

de rectoría de salud por partes iguales entre los recursos que obtiene el Ministerio de Salud Pública para el cumplimiento de esa función y aquellos que otorga a estas Comisiones para la realización de funciones muy similares, como son la vigilancia epidemiológica, promoción de salud, control, acreditación o mejoramiento de calidad de algunas acciones, etcétera.

Habida cuenta de esa necesidad de implementar un grado de autonomía mayor -que por limitación constitucional no puede llegar a ser un Ente Autónomo sino, a lo sumo, un Servicio Descentralizado- se elaboró un anteproyecto de ley que a fines del mes de julio se entregó, en una versión de borrador --de la que disponen los señores Senadores--, a distintos grupos interesados, entre los que se encuentran los Sindicatos vinculados a la Salud, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, en sus distintas organizaciones, la Facultad de Medicina --por estar involucrado, posiblemente, el Hospital de Clínicas-- y las Asociaciones de Usuarios del Servicio de Salud. En fin, se trató de hacer una consulta lo más amplia posible a nivel de los interesados a los efectos de recibir sus aportes, para ir puliendo y mejorando el contenido del proyecto.

En primer lugar, nos preguntamos, ¿por qué la creación de un servicio descentralizado? Un servicio de salud ASSE puede ser visto como el organismo que, naturalmente, el ordenamiento jurídico -la Constitución y la ley- dispone para brindar atención a la población de más bajos ingresos del país. Si bien la Ley Orgánica de Salud Pública determina que los establecimientos asistenciales del Ministerio pueden atender a la totalidad de la población, también expresa que debe brindar asistencia, en forma gratuita, a los indigentes y, de manera subsidiada, a quienes carecen de recursos suficientes. De modo que ASSE puede ser visto como el organismo público idóneo para prestar asistencia integral a la población con menores ingresos y, de hecho, eso es lo que ha sido durante toda su historia.

La administración de establecimientos asistenciales y la producción de servicios de salud debe cumplir varios requisitos pero, fundamentalmente, requiere de un manejo muy afinado y hasta diría sofisticado de personal con un muy

diverso grado de calificación profesional y técnica, desde los especialistas de mayor preparación en el campo de la medicina, hasta personal de mantenimiento, limpieza, preparación y distribución de alimentos, etcétera. El manejo del personal asistencial a nivel de las instituciones de asistencia médica colectiva --tal como hemos visto con total claridad en estos últimos dos años-- requiere de una flexibilidad muy importante de tal forma que, por un lado, se premie su conocimiento y dedicación y, por otro, la productividad, pero teniendo en cuenta que ambas compensaciones no distorsionen el resultado de los servicios de salud que se prestan.

Por lo tanto, entendemos que las reglas en esta materia dentro de la Administración Central, con sus requisitos de descripción de cargos, de escalafones, de distintos grados de compensación, unido al hecho de que los salarios del personal asistencial del Ministerio de Salud Pública tradicionalmente han sido muy bajos y, en consecuencia, no competitivos con el resto del sistema -ya sea en el sector público como en el mutual- hacen que estos servicios, pese a que existe un grado adecuado de inversiones y de financiamiento para sus otros gastos, no muestren la efectividad, la eficiencia y la calidad que podrían obtenerse. Para lograr una mayor flexibilidad y facilitar que el cobro de prestaciones, a los usuarios que tienen una cierta capacidad de pago, redunde en un mayor ingreso y, por lo tanto, en una posibilidad cierta de mejoramiento del nivel de compensaciones al personal, fue que se decidió recurrir a la vía de su transformación en un servicio descentralizado. Esto es así, sin perjuicio de que también haya otras repercusiones desde el punto de vista del manejo financiero y del de los recursos materiales, entre otros. Obviamente, estamos hablando de un servicio descentralizado ubicado en la órbita del Estado y, por consiguiente, con una misión muy importante de coordinar con otras organizaciones públicas prestatarias de servicios de salud, así como con el resto del sistema. Asimismo, la meta fundamental es atender en forma subsidiada a la población carente de recursos suficientes. De este modo, tenemos la creación de un servicio descentralizado con tres cometidos esenciales: el de administrar asistencia subsidiada a la población carente de recursos; administrar toda la red de establecimientos de

mss

prestación de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, y coordinar sus actividades y las de los demás organismos del Estado que cumplen la misma función. Estos cometidos están recogidos en el artículo 2º del proyecto de ley.

Posteriormente, tal como los señores Senadores habrán notado, se habla extensamente de lo relativo al manejo de personal tema que, por las razones que indiqué previamente, no puede ser encarado del mismo modo que en la Administración Central. Entendemos que en este aspecto hay que tener mayor flexibilidad a los efectos de que esta sea una empresa pública moderna y obtenga los mejores resultados posibles. La meta es tener compensaciones que sean competitivas con las del sistema mutual porque, en definitiva, auxiliares de enfermería, enfermeras universitarias, técnicos de diagnósticos y médicos que actúan en ASSE tienen derecho a cobrar por su trabajo lo mismo que perciben por sus servicios en las mutualistas, porque no hay razón para que cobren menos por atender a pacientes de menores recursos. Concretamente, es preciso mejorar el nivel de compensación vinculándolo a un determinado rendimiento y productividad comparables con la que esas mismas personas reciben por cumplir funciones en el sector mutual.

Por lo tanto, se dedican dos extensos capítulos al tema personal en los que se alteran los criterios que normalmente se han seguido en las empresas públicas. Para citar un ejemplo concreto diremos que los cargos jerárquicos no se cubrirían por antigüedad o calificación, sino mediante concursos abiertos en los cuales podrían participar no sólo los funcionarios de ASSE sino cualquier otra persona que no pertenezca a la empresa.

Finalmente, se establecen una serie de disposiciones para tratar de cubrir la transformación de un organismo, en el cual trabajan funcionarios presupuestados de la Administración Central, en una empresa que va a tener un estatuto jurídico tan flexible como el propuesto. Luego de esa consulta, que consideramos muy provechosa y rica en observaciones, detectamos tres áreas en las cuales el proyecto levantaba resistencias, pero podía ser mejorado. La primera de ellas es la relativa a la flexibilidad que está

msa

propuesta para el manejo del personal. La Federación de Funcionarios de Salud Pública y posteriormente el propio Sindicato Médico del Uruguay nos hicieron saber su aspiración de que, en materia de normatización del personal, se aplicara un estatuto que reflejara los principios del Estatuto del Funcionario Público. En ese sentido, se ha formado un grupo de trabajo conformado por representantes de estas dos gremiales y del Ministerio, que está abocado a la búsqueda de un acuerdo para establecer normas aceptables para ellos y que al mismo tiempo reflejen los principios que queremos defender.

El segundo grupo que planteó resistencias a la propuesta es el de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior y el de los Entes Autónomos que ya cuentan con servicios de salud propios. Concretamente, nos referimos al área de la salud del Banco de Previsión Social, al Sanatorio del Banco de Seguros del Estado y al Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad de la República. Ello se debe a que en el articulado se establece que el cometido de ASSE será el de coordinar los servicios de todas estas entidades y, por lo tanto, la limitación de las autonomías que tienen estas entidades en la materia.

En realidad, éste es un tema muy difícil de transitar desde lo técnico hacia el político. Técnicamente, a nadie puede caber ninguna duda de que U$S 36:000.000 que tiene de gastos operativos en el área de la salud el Banco de Previsión Social ó U$S 29:000.000 que utiliza por el mismo concepto el Hospital de Clínicas ó U$S 18:000.000 que insume en esto el Sanatorio del Banco de Seguros del Estado, si se administrara con un criterio uniforme y que respondiera a una planificación central -ya no de la totalidad de la economía sino simplemente del componente público de la atención de la salud- se obtendría un rendimiento mucho mayor que el que hay actualmente. A modo de ejemplo, podemos decir que el Estado, en la ciudad de Montevideo, cuenta con cuatro tomógrafos computados: uno en cada uno de los Hospitales Policial, Militar, de Clínicas y Maciel. Esto refleja una duplicación de inversiones que hace que cada uno de ellos tenga un nivel de utilización muy bajo y que, por lo tanto, no le estén revirtiendo a la sociedad que pagó por esos equipos lo que debería, en términos de resultados.

msa

De manera que nadie puede poner en tela de juicio el principio técnico. La realidad hace que cada una de estas instituciones tenga su autonomía, tradición, cultura institucional y niveles de retribución sustancialmente distintos entre sí y de los que tiene ASSE y que, en consecuencia, haya cierta resistencia a que esa coordinación se traduzca en hechos reales, que eviten situaciones como las que acabo de describir.

Por estos motivos, también estamos buscando en una Mesa de trabajo cuál es la mejor expresión concreta para evitar esas superposiciones y tratar de obtener de los recursos el mejor rendimiento posible, así como una atención más igualitaria y equitativa que la que se ha podido lograr hasta el día de hoy, aun dentro del mismo Estado.

Por otra parte, también se nos expresaron resistencias con respecto a que, al no estar adecuadamente definida en el proyecto de ley la caracterización de los usuarios, el aporte que éstos harían para obtener los beneficios asistenciales de ASSE y el monto de financiamiento que otorgaría Rentas Generales, se podría crear una situación en la cual dicha institución, como servicio descentralizado, competiría deslealmente con las demás mutualistas. Concretamente, esto tendría una repercusión negativa sobre el funcionamiento de esas instituciones. Ciertamente, esa no es la intención y, también, en este aspecto tenemos un grupo de trabajo integrado por la Coordinadora de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva —compuesto por FEMI, la Unión de la Mutualidad y el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva— con el cual se están buscando fórmulas tendientes a preservar una sana competencia, que sea leal, en el sentido de que a un mismo paquete de beneficios, no se esté contribuyendo con un costo inferior al que realmente corresponde, fundamentalmente, teniendo en cuenta el apoyo de Rentas Generales.

De la lectura del proyecto de ley surge que se da libertad para establecer el régimen de prepago, característico de las instituciones de asistencia médica colectiva —como muy bien puede saberlo el señor Ministro—, sistema que ha funcionado bastante bien. Concretamente, me gustaría saber si ASSE va a competir, en base al régimen de prepago, con las

instituciones de asistencia médica colectiva en Montevideo y en el interior. En verdad, me da la sensación que de esa forma el Estado, mediante una institución pública, entraría a competir en la esfera privada, con la enorme ventaja de tener un organismo como Rentas Generales que lo respalda en esa situación.

SEÑOR MINISTRO.- Tal vez ése sea el tema crucial de este tercer aspecto que hemos planteado. Diría que hay varias respuestas posibles, no a la pregunta concreta en sí misma, sino desde el punto de vista programático.

Considero que sería conveniente que ASSE mantuviera la posibilidad potencial de atender a la totalidad de la población, independientemente de su nivel de ingreso. Esto resultaría en el hecho de que ASSE, como empresa del Estado, podría competir con el sistema mutual, tanto en Montevideo como en el interior. En esa hipótesis, habría que acotar adecuadamente el monto que este organismo recibiría por vía de Rentas Generales para la atención de los indigentes o carentes de recursos, de tal forma que esa competencia no fuera desleal. En otras palabras, que ASSE no recibiera recursos que le permitieran subsidiar las cuotas que le cobrara a pacientes pudientes o relativamente pudientes que, naturalmente, al día de hoy están afiliados a una institución de asistencia médica colectiva.

Esta hipótesis que acabo de plantear no es la que está reflejada en el proyecto de ley, ya que aún estamos trabajando sobre este texto.

Una segunda alternativa sería que ASSE no compitiera con las instituciones de asistencia médica colectiva de Montevideo y del interior, en cuyo caso su mandato quedaría limitado, exclusivamente, a la atención de la población indigente o carente de recursos. Esto tendría que ser definido en forma específica, dado que ese sector de la población, hoy por hoy, no tiene acceso, ni por vía individual ni en forma colectiva, a las instituciones de asistencia médica colectiva.

En este aspecto, se ha planteado una disyuntiva sobre la cual el Poder Ejecutivo y el Ministerio no han ejercido

una elección final. A título personal, puedo decir que me inclino por la primera opción, y ello se debe a los siguientes motivos. En principio, creo que el Uruguay sanamente ha desarrollado a lo largo del tiempo un sistema competitivo en materia de servicios de salud altamente regulado. En un régimen con estas características es mejor que exista más competencia y no menos. Tal vez en una instancia posterior, cuando ASSE realmente haya logrado una transformación o, por lo menos, un principio de cambio muy importante, sería conveniente complementar esta iniciativa con una flexibilización de las opciones que tienen los propios usuarios, tanto los de ASSE como los de las mutualistas, a través de convenios colectivos, como puede ser el ejemplo de DISSE. Digo esto porque podría pensarse que de aquí a diez años, o en un período de mediano o largo plazo, quienes son subsidiados por el Estado para obtener su atención médica, podrían atenderse no solamente en ASSE, sino también en las mutualistas del lugar, es decir, tanto en Montevideo, como en el interior. De esta manera, por primera vez en la historia de este país, quien es indigente tendría para su atención médica alguna posibilidad de elección, lo que hasta hoy no ha sido posible.

Esto debería acompañarse simultáneamente con la posibilidad de que quienes hoy están incorporados al régimen de seguro de enfermedad de la seguridad social, tuvieran la misma alternativa de elegir, es decir, que no necesariamente tuvieran que atenderse en una institución de asistencia médica colectiva, sino que también lo pudiera hacer en ASSE.

Reitero que éste es un planteamiento para el cual el país no está en condiciones en este momento; lejos están los establecimientos de ASSE de contar con los elementos necesarios desde el punto de vista físico, funcional y de recursos humanos, que les permita competir con las instituciones mutuales. ¡Ojalá eso fuera así!

SEÑOR ANDUJAR.- Observo que ASSE, al poder competir, lo va a ser con la ventaja de tener la posibilidad de realizar convenios con otros organismos del Estado. Entonces, si a las instituciones de asistencia médica del interior del país, por ejemplo, se les quita o disminuye el número de afiliados de DISSE y si tienen menos posibilidades con el organismo

llamado anteriormente Asignaciones Familiares, el número potencial de afiliados posibles se reducirá notablemente. Por supuesto, este sistema tal vez pueda llevar a una libertad de elección, aunque no se trata solamente de eso, puesto que, sin duda, puede acarrear un debilitamiento del estado financiero y económico de las instituciones de asistencia médica colectiva. Quizás, actualmente, existan algunas que esten pasando por un mal momento, pero hay muchas que presentan un buen equilibrio desde los puntos de vista económico y financiero, que no podrían tenerlo si, de pronto, no contaran con el contrato del Banco de Seguros del Estado, con DISSE o con Asignaciones Familiares. Por estas razones, frente a la posibilidad de elegir dentro de unos cuantos años, no sé si no me inclinaría –ésa es la pregunta que le formulo al señor Ministro de Salud Pública– por el fortalecimiento –por el cual el titular de la Cartera ha luchado muchísimo– de las instituciones de asistencia médica colectiva.

SEÑOR MINISTRO.- Debo decir que comparto, digamos, intuitivamente los temores que expresa el señor Senador Andújar. La mayoría de los señores Senadores sabe que el sistema de asistencia médica colectiva es considerado por quien habla como un componente fundamental del sistema asistencial del Uruguay. Pienso que si de aquí a diez años se abre la posibilidad de que quienes son beneficiarios de DISSE, por ejemplo, en la ciudad de Tacuarembó, puedan elegir entre la Cooperativa Médica –COOMTA– y el Hospital de dicho departamento, transformado en una especie de mutualista comunitaria local, se puede pensar que COOMTA pueda sufrir económica y financieramente, dependiendo del resultado de esa elección. Pero digo que comparto intuitivamente porque cuando uno analiza la realidad de los servicios de salud del Uruguay, observa que a través de las posibilidades de elección –que no son muy amplias– ha habido un fortalecimiento del sistema más que un debilitamiento. Por lo tanto, es probable que de ese sistema competitivo –aclaro que no está planteado para este momento, sino que debería esbozarse en otra instancia legislativa en el futuro–, en lugar de resultar un debilitamiento, se produzca un fortalecimiento. Hago esta afirmación –volviendo al caso totalmente hipotético de la ciudad de Tacuarembó–, en el sentido de que COOMTA, en esa instancia, para poder seguir

siendo atrayente para los beneficiarios de DISSE, tendrá que realizar mayor cantidad de inversiones y ofrecer una mayor comodidad a sus afiliados rurales. En la actualidad, ellos están mucho más cerca de las instancias de atención que les brinda ASSE que de las que les ofrece COOMTA. En consecuencia, esta última deberá adecuar sus estructuras y, sobre todo, su funcionamiento, a los efectos de satisfacer de mejor forma al usuario, lo cual es un principio que todos defendemos ahincadamente.

No creo que exista ningún fenómeno ideológico de las bondades supuestas del mercado ni de las maldades supuestas de la planificación, o viceversa. Tal vez, aquí lo que hay es una reflexión de la realidad. Las instituciones de asistencia médica colectiva del interior se han desarrollado fuertemente en los últimos quince años con apoyo técnico del Ministerio de Salud Pública, merced a una muy madura coordinación entre sí, pero no comparto la conclusión de que ésa es la mejor o la única forma de desarrollo. Pienso que el propio sistema de asistencia médica colectiva de Montevideo, a través del fortalecimiento y de cierto grado de competencia —que, de cualquier manera, es muy limitado— ha permitido que algunas instituciones progresen fuertemente y que otras que no hayan tenido esa misma capacidad, eventualmente se deterioren y desaparezcan. Ello ha dado como resultado un sistema más fuerte, de mejor calidad de servicios para el usuario, que el que hubiera tenido lugar de no haber existido esa posibilidad de evolución. De manera que, si bien intuitivamente comparto la inquietud, creo que desde el punto de vista empírico y racional, los hechos no necesariamente son así.

Estoy de acuerdo, en gran parte, con lo que expresa el señor Ministro y, de pronto, alguna experiencia que hemos tenido en común nos hace pensar de la misma manera. Sin embargo, no hay que olvidarse que el desarrollo de las instituciones de asistencia médica colectiva u otras formas, depende del número potencial de afiliados. Además, no es lo mismo el mercado de Montevideo, que cuenta con 1:500.000 de habitantes, que el de una ciudad del interior del país, que es mucho menor.

mea

Por otro lado, el señor Ministro sabe que la inversión que se pueda hacer en planta física y en equipamiento está relacionada específicamente con el número de afiliados, porque cuanto mayor sea esta cantidad, las posibilidades financieras se verán aumentadas. Tal vez, existe un número teórico mínimo necesario de afiliados —a partir del cual se continúa creciendo— que permite que una institución de asistencia médica colectiva funcione. Por supuesto, ésta no representa la única solución, pero es real y podemos verla y palparla. Por lo tanto, por lo bien intencionado y por el buen destino que persigue el proyecto de ley, creemos que debemos considerarlo. Hacemos esta afirmación porque si hay un sistema que ha funcionado con mucho esfuerzo y ha progresado técnicamente --el propio señor Ministro lo ha dicho-- es, por ejemplo, el del interior del país, en donde se han hecho fuertes inversiones. Todo ello hace que frente a esa realidad tengamos la intuición común de tratar que continúe así.

SEÑOR KORZENIAK.- Quisiera hacer un comentario inicial sobre mi visión panorámica de este articulado, el que, como se ha indicado, se supone será enviado dentro de la Ley de Presupuesto. ¿Esto es así, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO.- Efectivamente, señor Senador.

SEÑOR KORZENIAK.- Debo presentar las excusas preventivas porque no he podido estudiar el proyecto de ley como para realizar un comentario un poco más profundo.

Quiero manifestar, como primera respuesta intelectual a la lectura, que me parece positivo que en el futuro ASSE sea un servicio descentralizado y no desconcentrado. Quizás las diferencias terminológicas para quienes no están cerca del mundo jurídico pueden no parecer muy importantes, pero sí lo son. La realidad ha mostrado que ciertas actividades estatales al convertirse en servicios descentralizados —o, inclusive, en la categorías de Entes Autónomos; aunque esto no se puede hacer aquí por mandato constitucional— han tenido en el país una trayectoria más relevante que cuando funcionaron como servicios centralizados aun con desconcentración.

msa

Esta es la historia del Uruguay, lo que no quiere decir que nuestro Estado haya funcionado siempre y que ahora también lo esté haciendo en forma eficiente. Se trata de un tema global que, por diversos instrumentos, hemos tratado -y aún lo estamos haciendo- de solucionar. Por lo tanto, todo esto me parece muy positivo.

En segundo término, mi reacción, no diría intuitiva -como expresaba el señor Ministro-, pero si de primera intención, es la siguiente. Observo que los artículos 27 a 106 inclusive, constituyen un verdadero estatuto para los funcionarios de ese futuro servicio descentralizado.

Debemos decir que, si bien la circunstancia no es ajena a las previsiones constitucionales, representa una innovación muy fuerte para el Derecho uruguayo. Cabe precisar que tanto en éste como fuera del Presupuesto, cuando se elabora la Ley Orgánica de un servicio descentralizado, no se prevén más que 3 ó 4 normas sobre los funcionarios. Sin embargo, está previsto en la Constitución de la República que, en principio, exista un estatuto del funcionario, sin perjuicio de normas especiales dada la naturaleza de la actividad. Precisamente, esto es lo que señala el apartado e) del artículo 59 del Estatuto General de los Funcionarios Públicos, que abarca a los servicios descentralizados, sin perjuicio de normas especiales.

De todas maneras, advierto que en este caso, en lugar de normas especiales -que comparto integramente que deben existir por la naturaleza tan peculiar del servicio-, se ha hecho un estatuto entero para los funcionarios de la salud pública. Como primera reacción, debo decir que, tratándose de la primera Carta o Ley Orgánica de un servicio descentralizado, es una especie de exageración por la abundancia de normas, ya que abarcaría del artículo 27 al 106.

Entre esas disposiciones -que en una primera lectura me parecen importantes e, incluso, adecuadas, como, por ejemplo, el establecimiento del concurso con un criterio riguroso- hay una norma correcta. Me refiero al artículo que dice que los funcionarios son amovibles. De pronto, esta norma genera conflictos inútiles, porque es obvio que los funcionarios de

msa

esa dependencia tienen ese carácter por mandato de la Constitución de la República. No debemos olvidar que en nuestro país los únicos funcionarios inamovibles son los presupuestados de la Administración Central. Entonces, los funcionarios de un servicio descentralizado son amovibles por definición. Lo que puede ocurrir -y no descarto que en esas mesas de trabajo suceda- es que la inclusión expresa del vocablo haya generado una inquietud funcional. Es obvio que los funcionarios de todos los entes autónomos y servicios descentralizados son amovibles. Indudablemente, la circunstancia generada en torno a la palabra "inamovilidad" en el Uruguay -debo ser muy franco- ha jugado en todos los sentidos, como, por ejemplo, para impresionar a la gente y hacerle creer que a un funcionario que viole a su hijo no se lo podrá destituir. Precisamente, la palabra "inamovible" significa gramaticalmente que a una persona no se la puede mover. Eso no es verdad tanto del punto de vista jurídico como de la práctica. En este último caso, existe una práctica -valga la redundancia- lenta en el cumplimiento de 3 ó 4 garantías constitucionales, que bien se podrían efectivizar en pocos días. En ese sentido, tengo experiencias personales de que se puede hacer, aunque no ocurra en la realidad uruguaya. Digo esto, porque cuando llegan al Senado solicitudes de venia para destituir a un funcionario -ese es, precisamente, el significado de la palabra "inamovilidad"-, me he fijado en la fecha de los expedientes de los distintos casos, desde que comienzan hasta que terminan, y he podido comprobar que a veces el trámite ha insumido dos años o más.

Como decía, en la opinión pública se ha generado la idea de que a los funcionarios inamovibles, cuando tienen algún padrino político en el Parlamento, no se los puede echar. Sabido es que esto no es verdad, porque si a los sesenta días de llegada esa solicitud de venia al Senado, el Cuerpo no se pronunció, queda habilitada la destitución correspondiente. De manera que quien demora menos en darle el trámite es el Senado, tanto en la realidad como en la teoría. Aclaro que estas manifestaciones tienen el sentido de una especie de desahogo.

Reitero que la palabra "amovible" estaría generando una discusión inútil, porque es obvio que los funcionarios de esa repartición son amovibles, como todos los que trabajan en la

msa

órbita de los servicios descentralizados; los únicos empleados inamovibles son los pertenecientes a la Administración Central. Es claro que hay que cumplir ciertos requisitos para sancionarlos, pero ellos están previstos en este Estatuto y son los que marcan la Constitución de la República.

En principio, y para lo que algunos llaman la "comunidad jurídica" -los americanos le llaman la "comunidad legal"-, es decir, el conjunto de gente vinculada al Derecho, porque son sus intérpretes -con o sin buenas razones para serlo-, o sea, jueces, abogados, etcétera, este proyecto va a caer como un verdadero estatuto incluido en una ley orgánica de un servicio descentralizado que, a su vez, está inmersa en una Ley de Presupuesto. Desde el punto de vista de la técnica de la formulación normativa, creo que va a despertar cierta resistencia.

En mi concepto, pienso que de los 80 artículos que figuran en ese proyecto, habría que rescatar solamente 5 ó 6 normas básicas, como las que tienen otros servicios descentralizados. A vía de ejemplo, cabe citar el caso de la Ley Orgánica de PLUNA, que, sin duda, debe contener alguna norma especial sobre los funcionarios que pilotean los aviones; de lo contrario, quién sabe qué ocurriría.

SEÑOR MINISTRO.- Simplemente, quiero confirmar el buen criterio del señor Senador Korzeniak, que es compartido por todas las autoridades públicas que hemos consultado, incluso el propio Presidente de la República. Precisamente, estamos en la etapa de eliminar todos esos artículos para sustituirlos -como él lo señaló- por un par de normas que prevean las excepciones.

SEÑOR KORZENIAK.- Seguidamente, voy a hacer una acotación final, porque no quiero aburrir a los presentes con precisiones jurídicas.

En momentos en que todos estamos dedicados -aunque con distintos instrumentos- a la reforma del Estado, advierto que tenemos una propuesta para todos los Directorios. Incluso, podría considerarse un poco trasnochada por parte de algunos, aunque a nuestro juicio es muy actual. Es más; creo que sería

msa

oportuno ensayar la idea de que en el Directorio, en el "staff" inmediato o por la vía de integración -que es el sentido de nuestra propuesta- de este servicio descentralizado, hubiera un representante del personal, no con la finalidad -que, entonces, podría no tener el mismo número que figura en este caso- de actuar en reivindicaciones constantes, sino como señal de un compromiso de responsabilidad del personal. Quiero resaltar este aspecto porque, reitero, por la vía de un ensayo sería una manera de iniciar esa práctica.

Finalmente, hay algunas pequeñas cuestiones jurídicas puntuales en las que no voy a extenderme. De todas maneras, deseo señalar que, por ejemplo, en el caso de la designación de los Directores se describe demasiado el procedimiento, cuando, a mi juicio, una referencia al artículo 187 sería más adecuada. Digo esto, porque al hacer esa descripción se habla del Presidente, pero no se tiene en cuenta que éste debe actuar en Consejo de Ministros. Entonces, alguien puede llegar a pensar que se está excluyendo a los Secretarios de Estado de la propuesta.

Es cuanto quería manifestar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer una breve reflexión y, en ese sentido, intentaré dejarla como una propuesta para que el Ministerio la analice.

Creo que estamos enfrentados a estudiar, dentro de una Ley de Presupuesto -con todas las características que las leyes presupuestales presentan-, una reformulación del Ministerio de Salud Pública que no tengo ningún inconveniente en calificarla como un planteo revolucionario. Digo esto, porque aquí se está diseñando una estrategia asistencial que modifica, sustancialmente, lo que hasta ahora estamos acostumbrados a percibir. Sin duda, podemos catalogar que ese planteo revolucionario no está cronológica o instrumentalmente bien colocado porque no es una formulación estrictamente presupuestal; si bien tiene algún vínculo, se trata de una reestructura funcional de lo que es el Ministerio de Salud Pública. Esta reestructura, por su propio carácter revolucionario, genera indudablemente colisiones. En primer lugar, nosotros tenemos aquí un enunciado de

artículos que no tenía una exposición de motivos, a la que recién hoy hemos accedido.

En segundo término, es una formulación que abarca aproximadamente 117 artículos, pero que, a su vez, está vinculando 17 leyes o con disposiciones de éstas, que van desde la fundación del Correo al INAME, etcétera. Es decir que las normas que se oponen a lo que estamos intentando estructurar tienen una relación jurídica amplia con organismos muy importantes. Por ejemplo, en este momento estamos considerando nada menos lo que significa la autonomía universitaria --por señalar algún caso--, porque vincula al Hospital de Clínicas con otras instituciones. Asimismo, también estamos ingresando en temas que tienen que ver con las Fuerzas Armadas --no tengo prejuicios en este sentido--, pero sabemos que éstas se han constituido, cada vez que se plantea una reformulación con respecto a este tema, en áreas de resistencia. Existe, además, otro gran campo de resistencia a nivel de servicios públicos --como es el Banco de Seguros del Estado, la ANCAP o el Banco de Previsión Social--, con estructuras asistenciales muy importantes, desarrolladas y con un buen grado de efectividad o, por lo menos, competitivo con respecto a las instituciones mutuales.

Esto, enfocado en el ámbito institucional; ahora bien, en cuanto al de las vinculaciones laborales, el propio señor Ministro señalaba que se había generado la necesidad de crear un grupo de trabajo, el que, incluso, ya estaba elaborando criterios. Además, el señor Senador Korzeniak puntualizaba algunos de los inconvenientes que él percibía luego de haber hecho una primera lectura en el seno de esta Comisión.

En otro orden de cosas, me quiero referir --así me lo han pedido los propios interesados—a las Comisiones Honorarias que aquí fueron señaladas y vinculadas como un elemento de financiamiento del Ministerio en su papel rector. Al respecto, quiero acotar que éste nunca estuvo limitado y que no fue ejercido por parte de los Ministerios. En este sentido, digo que, en mi concepto, ello no es de su responsabilidad; me consta que el doctor Solari, en su anterior gestión, sí ejerció el papel rector del Ministerio de Salud Pública. Por ejemplo, cuando se señala que el país

sólo tiene cuatro tomógrafos --y perdóneseme por la digresión--porque el Ministerio de Salud Pública no hizo uso de esa prerrogativa, me parece que no es a través de un cambio de las formulaciones que se podía haber ejercido, ya que esa competencia siempre la tuvo. El Ministerio de Salud Pública siempre tuvo la facultad de decir " debemos tener un tomógrafo en el Pereira Rossell que funcione coordinadamente con otras instituciones". Por lo tanto, los errores del pasado no nos deben alentar a formulaciones que intenten solucionar espacios que el propio Ministerio ha dejado vacíos.

En cuanto a la otra área de conflicto, es decir, las Comisiones Honorarias, aquí se ha señalado que, por su potencialidad económica --se habló de U$S 10:000.000 a U$S 12:000.000--, podrían en parte funcionar o dinamizar ese papel rector que el Ministerio de Salud Pública tiene. Sabemos que éstas en su creación y funcionamiento han sido amparadas por leyes que estrictamente las regulan. Incluso, hay un sentimiento de vulnerabilidad con esta propuesta que esta haciendo el Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, tengo una gran duda en lo que tiene que ver con la competencia. En este sentido, quiero señalar que en el país existen dos grandes sistemas, globalmente considerados: el de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y el de Salud Pública, en los que los perfiles de gestión están notoriamente disociados. Podríamos hablar, por un lado, de que el perfil de gestión de Salud Pública, está tres veces por debajo en cuanto a eficacia y eficiencia del que presenta el mutualismo. Entonces, si nosotros aceptamos que la gestión del Ministerio de Salud Pública, cómo la propia Oficina de Planeamiento y Presupuesto lo calificó en un estudio de año 1991, es ineficiente e ineficaz en cuanto a su estructura; y si observamos que esto está vinculado en parte a un acotamiento presupuestal que se arrastra desde el año 1975 a la fecha, donde progresivamente fue perdiendo perfiles en cuanto a su presupuesto, que viene recuperando muy lentamente a partir de 1985 --aunque todavía no lo ha expresado en los perfiles de gestión--, la gran duda que surge es cómo y a quién le va a vender servicios el Ministerio de Salud Pública.

msa

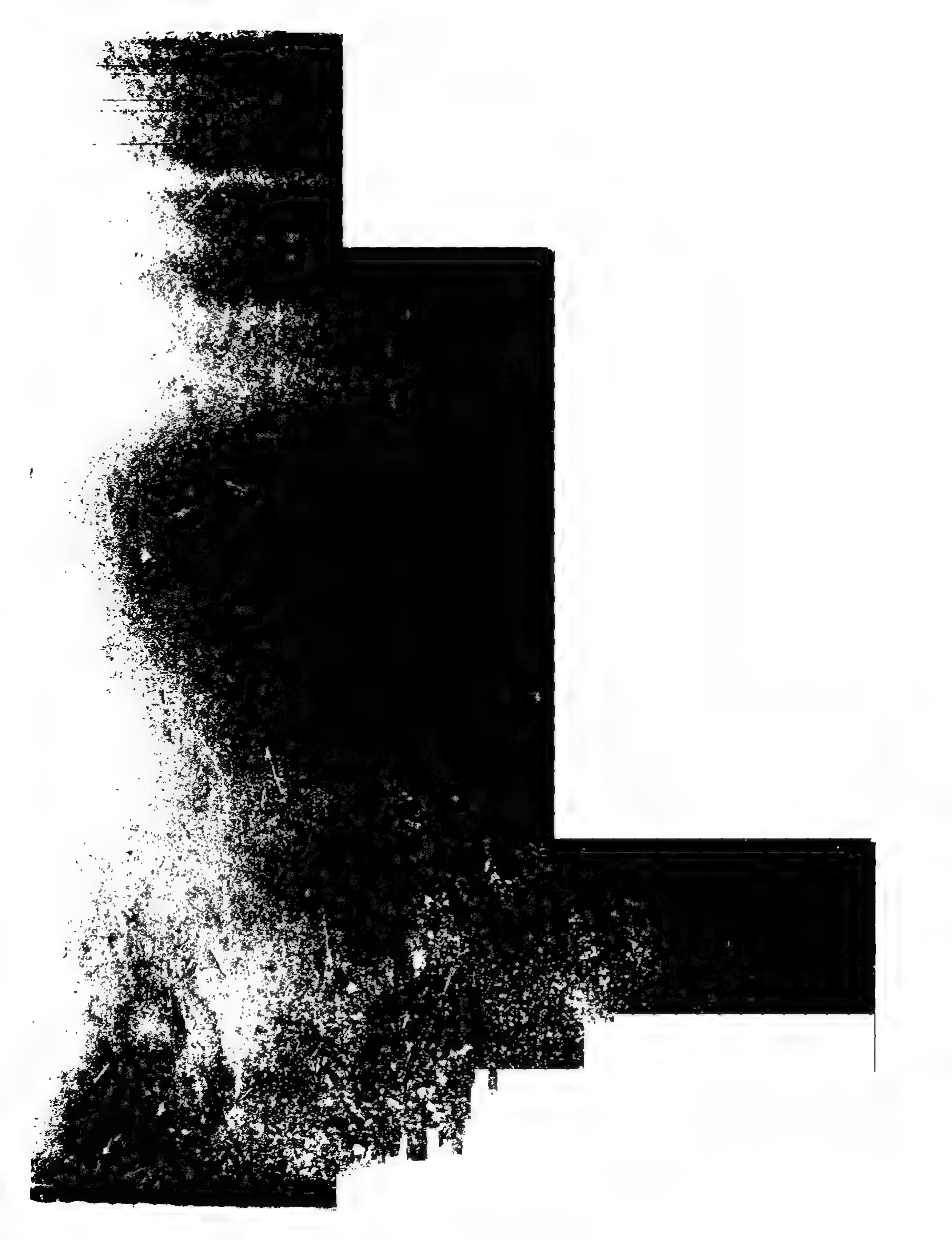
Luego de una charla que mantuve con el señor Ministro, pude percibir que de esa masa de 900.000 probables carnés de salud o de asistencia que tiene el Ministerio de Salud Pública --si no es así le pido al señor Ministro que me corrija-habría un volumen de población, dentro de esas 900.000 personas, que tendrían capacidad de pago, que no serían indigentes. Entonces, con esa capacidad de pago que mantendrían, porque escaparían de los dos y medio Salarios Mínimos Nacionales, que es la exigencia para obtener esos carnés, y en base a esa diferencia que existiría entre lo que perciben y lo que se exige, podría ingresar por concepto asistencial al área del Ministerio de Salud Pública una determinada cantidad de dinero que permitiría financiar todo lo que se prevé como un cambio salarial y estructural a nivel de los funcionarios. No me angustió por el hecho de que el área de Salud Pública pueda ejercer una competencia con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, porque se trata de un problema de cultura, ya que la gente sabe percibir dónde está mejor protegida. Además, si entendí bien, la franja de población que el Ministerio de Salud Pública estaría incluyendo para financiar sus propios cambios estructurales, sería muy pequeña y abarcaría a la población de menor poder adquisitivo. Digo esto porque al haber, repito, una cultura asistencial en el país de protección a la salud, es decir, una "medicalización" de la sociedad, como aquí se señalaba, la gente percibe claramente y tiene referencias precisas --porque ha sido educada de esa manera-de que cuando puede pagar una cuota mutual, accede inmediatamente y sale del sistema público. Esto se puede percibir incluso hasta por las propias medidas que el Gobierno actual ha promocionado como ventajas del sistema asistencial; esto es, darle cobertura a 100.000 jubilados de menores ingresos, encarándola en el área mutual como un premio, es decir, descalificando sus propias estructuras asistenciales.

SEÑOR MINISTRO.- Lamentablemente, las cifras aún no están prontas y, en consecuencia, no podemos responder a la inquietud del señor Presidente con el grado de certeza que nos gustaría. De todas maneras, en este momento ASSE tiene vigentes 680.000 carnés de asistencia, de los cuales el 95% son gratuitos; estaríamos hablando de 630.000 carnés de asistencia gratuitos. Sin embargo, los usuarios de ASSE

Luego de una charla que mantuve con el señor Ministro, pude percibir que de esa masa de 900.000 probables carnés de salud o de asistencia que tiene el Ministerio de Salud Pública --si no es así le pido al señor Ministro que me corrija-habría un volumen de población, dentro de esas 900.000 personas, que tendrían capacidad de pago, que no serían indigentes. Entonces, con esa capacidad de pago que mantendrían, porque escaparían de los dos y medio Salarios Mínimos Nacionales, que es la exigencia para obtener esos carnés, y en base a esa diferencia que existiría entre lo que perciben y lo que se exige, podría ingresar por concepto asistencial al área del Ministerio de Salud Pública una determinada cantidad de dinero que permitiría financiar todo lo que se prevé como un cambio salarial y estructural a nivel de los funcionarios. No me angustio por el hecho de que el área de Salud Pública pueda ejercer una competencia con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, porque se trata de un problema de cultura, ya que la gente sabe percibir dónde está mejor protegida. Además, si entendí bien, la franja de población que el Ministerio de Salud Pública estaría incluyendo para financiar sus propios cambios estructurales, sería muy pequeña y abarcaría a la población de menor poder adquisitivo. Digo esto porque al haber, repito, una cultura asistencial en el país de protección a la salud, es decir, una "medicalización" de la sociedad, como aquí se señalaba, la gente percibe claramente y tiene referencias precisas --porque ha sido educada de esa manera-de que cuando puede pagar una cuota mutual, accede inmediatamente y sale del sistema público. Esto se puede percibir incluso hasta por las propias medidas que el Gobierno actual ha promocionado como ventajas del sistema asistencial; esto es, darle cobertura a 100.000 jubilados de menores ingresos, encarándola en el área mutual como un premio, es decir, descalificando sus propias estructuras asistenciales.

SEÑOR MINISTRO.- Lamentablemente, las cifras aún no están prontas y, en consecuencia, no podemos responder a la inquietud del señor Presidente con el grado de certeza que nos gustaría. De todas maneras, en este momento ASSE tiene vigentes 680.000 carnés de asistencia, de los cuales el 95% son gratuitos; estaríamos hablando de 630.000 carnés de asistencia gratuitos. Sin embargo, los usuarios de ASSE

msa



conforman un número superior a los que tienen carné de asistencia vigente, porque hay una cantidad indeterminada que lo tienen vencido y en el momento en que necesitan de estos servicios concurren y obtienen la asistencia renovando ese carné. Por lo tanto, hay una estimación hecha por la encuesta de hogares que muestra que los usuarios reales de los servicios de ASSE en estos momentos son aproximadamente 900.000. La experiencia demuestra que con las 50.000 ó 60.000 personas que tienen el carné denominado "arancelado" --es decir que tienen que pagar cierta cantidad cuando reciben un servicio--, la modalidad de pago que ha establecido históricamente ASSE, conspira contra un cobro adecuado de esas cuentas porque a diferencia de lo que sucede en todo el resto de la sociedad que prepaga su atención, esos usuarios, que tienen una cierta capacidad de pago, deben abonar en el momento en que están en peores condiciones para hacerlo, esto es, cuando la enfermedad ha restringido sus ingresos económicos. Además, este cálculo se hace sobre un porcentaje de la cuenta total y no como un aporte mensual que se ubique dentro de la economía familiar, tal como sucede con todos los demás gastos de la sociedad uruguaya. Por tal motivo, ASSE ha tenido muy poco éxito en el cobro a aquellos usuarios que realmente podrían pagar. En tal sentido, hemos estado trabajando con el Instituto Nacional de Estadística a fin de tener una definición conceptual más ajustada de las poblaciones indigentes y de la carente de recursos en forma relativa y, por otro lado, un mecanismo que permita la identificación de esos hogares de una manera más fácil. Si uno toma como definición de indigencia los hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, se puede estimar que se ubican en el entorno del 13% o 14% --según la última medición--para la totalidad del país. Aún cuando se tome un coeficiente de personas por hogares mayor que el promedio para la totalidad del país, se obtiene una cantidad muy inferior a los 630.000 carnés de asistencia gratuitos que hay en este momento. Por consiguiente, se puede plantear la hipótesis de que ASSE continúe teniendo esos mismos 900.000 usuarios, a 300.000 de los cuales no les va a cobrar absolutamente nada, a otros 300.000 les va a cobrar a través de un prepago una cantidad bastante limitada por mes, equivalente al tercio del costo de la asistencia a la que tienen derecho, y a los restantes 300.000 les exigirá el pago de una cuota superior equivalente a dos tercios del costo de

la atención. En ese tema estamos trabajando. Si lo miramos desde ese ángulo y bajo la fórmula de prepago que facilita la recaudación de este dinero, diríamos que la economía de ASSE es muy distinta a la que uno podría vislumbrar mirando la realidad en el momento actual. Lógicamente, no aspiramos a que esa transformación se lleve a cabo de inmediato, ya que hay toda una cultura que deberá cambiarse. Además, será necesario transformar notoriamente los servicios, porque quienes han recibido asistencia en forma gratuita hasta el presente se van a resistir a pagar por el mismo servicio con las mismas incomodidades, calidad e ineficiencia. No obstante ello, creemos que a poco que se mejoren los servicios la gente va a pagar por ellos razonablemente. La comprobación empírica de esto que estamos afirmando en forma teórica es que muchos de los usuarios de ASSE que hoy tienen carnés de asistencia gratuitos, a su vez, están afiliados a algún tipo de seguro parcial. Es decir, están volcando para su salud un porcentaje de los recursos familiares. Entonces, qué mejor que depositarlos en aquella institución que le da la cobertura más importante en cuanto a internación y a diagnóstico.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin duda, todo este tema aún se encuentra en una etapa de estudio y no hay una estimación de cuál sería el monto del financiamiento. Sin embargo, sabemos --y de ello no caben dudas--que quienes van a financiar esta nueva metodología de ASSE serán 600.000 personas, las que contribuirán con la capacidad de aporte que cada sector posea. Además, nadie desconoce que esas 600.000 personas son las de más bajos ingresos del país. Entonces, se trata de ese grupo que ha quedado a mitad de camino entre la indigencia y la posibilidad de pagar una cuota mutual. Por lo tanto, ASSE va a brindar un servicio que podríamos considerar como dos centros de asistencia del Sindicato Médico, donde 300.000 personas --es decir, un CASMU--no van a aportar prácticamente nada porque corresponderá al percentil que está entre los indigentes y aquellos que tienen una pequeña capacidad de pago. Por lo tanto, allí el financiamiento será muy escaso. Por otro lado, las 300.000 personas restantes deberán aportar por dos tercios del costo de la atención a la que tienen derecho. Concretamente, quisiera saber a qué se refiere con el derecho, porque aparentemente éste sería la cobertura del servicio de salud, si no estoy comprendiendo mal cuáles son

los objetivos de ASSE. Por lo tanto, no sé a qué se lo vincula, esto es, si se lo relaciona con una cuota mutual o con lo que sería el arancel para una persona que mantiene toda su capacidad de pago, porque, por ejemplo, cobra siete u ocho salarios mínimos nacionales. Por consiguiente, solicitaría que luego el señor Ministro me aclarara el punto.

El señor Ministro señalaba que esa gente que posee alguna capacidad de pago --debe quedar claro que es muy poca porque estamos hablando del sector más disminuido económicamente de la población-también está afiliada a seguros parciales. Sin embargo, deberán seguir manteniéndolos porque la estructura asistencial mutual se ha desinteresado de la cobertura de los seguros parciales --estamos hablando de las emergencias médicas móviles-en una actitud totalmente incomprensible. El doctor Amorín que ha realizado una estructura asistencial desde el área pública para dar cobertura a los indigentes en este campo, creo que me podría dar la razón. El sistema mutual, insisto, se ha desentendido de la asistencia domiciliaria de emergencia y lo ha dejado en manos privadas. A su vez, si bien la estructura de Salud Pública ha mejorado, todavía no se encuentra en un nivel competitivo con las emergencias médicas móviles. Entonces, esa población va a tener que seguir manteniendo su afiliación a los seguros parciales de emergencia médica móvil y, al mismo tiempo, estará aportando a ASSE. Si nosotros percibimos que la persona indigente constituye un núcleo familiar con la misma característica, tendrá que aportar como tal, por lo que su contribución a ASSE va a ser mayor. Honestamente, señor Ministro, considero muy poco viable que por este camino se pueda obtener un financiamiento adecuado que, además, recaería sobre un sector de la población que nos preocupa y acentuaría los niveles de pobreza. Si bien hasta el momento alguno de estos sectores ha escapado al reordenamiento financiero del Estado, ahora deberán someterse a otra ley que, a mi entender, es aún peor, puesto que requiere mayores recursos. Entonces, a manera de reflexión y propuesta, sugeriría que el Ministerio considere --y sé que podemos contar con la sensibilidad de los señores visitantes-la posibilidad de establecer un compromiso de trabajo de las Comisiones de Salud del Parlamento y del Ministerio --con los actores que este último organismo considere adecuados-para sacar este articulado de la Ley de Presupuesto y, a su vez,

fijar un plazo taxativo que nos permita analizar el tema con mayor profundidad, contando con la opinión de los distintos actores involucrados. De esta manera, a siete días de la introducción del Presupuesto en el Senado, se podrían realizar los ajustes necesarios. Digo esto porque nos preocupa que en ese trámite enloquecido que es la Ley de Presupuesto --para la cual tenemos un plazo de 45 días--, no podamos prestarle la debida atención a un tema que conceptualmente apoyamos, tal como lo decía el señor Ministro, como un mecanismo para mejorar los servicios de ASSE.

Reitero que ésta es una propuesta formal, a título personal y de alguno de los sectores que integran la fuerza política que represento, a quienes consulté en el día de ayer en este sentido. Aclaro que a causa de la perentoriedad de los plazos, me ha sido imposible realizar una consulta más amplia y extensa, tal como hubiera deseado.

SEÑOR MINISTRO.- Con respecto a la inquietud que formulaba el señor Presidente, quisiera informar que de acuerdo con la Encuesta de Hogares, ASSE brinda servicios a 900.000 usuarios. De este número se puede estimar que por debajo de la línea de pobreza se encuentran alrededor de 330.000 personas. Cabe destacar que partimos de la hipótesis de que cuando se toma el Presupuesto operativo de ASSE y se divide entre esos 900.000 usuarios reales, se obtiene un gasto por usuario y por mes de aproximadamente U$S 25. Esta cifra obviamente es inferior a la que se maneja en las instituciones de asistencia médica colectiva.

SEÑOR PRESIDENTE.- Desearía saber si las cifras mencionadas por el señor Ministro corresponden a usuarios o a la población potencialmente asistida.

SEÑOR MINISTRO.- Se trata de 900.000 usuarios habituales de los servicios de ASSE, de acuerdo con la Encuesta de Hogares. Estamos hablando de usuarios reales --ya que los potenciales son más--, es decir, personas que al ser interrogadas sobre dónde se asisten en caso de necesidad, responden que lo hacen en un establecimiento de Salud Pública.

msa

De manera que, siguiendo el razonamiento, si no se aumentara el gasto de ASSE y simplemente se sustituyera --sabemos que no es la intención--, parte del financiamiento que hoy se obtiene por Rentas Generales, por otro proveniente de los usuarios, tendríamos el siguiente resultado: a 300.000 usuarios de menores ingresos, no se les cobraría nada; otros 300.000 de ingresos inmediatamente por encima del nivel de indigencia, deberían abonar un tercio de ese costo, es decir, algo más de U$S 8 por persona y por mes -aproximadamente $U 50 por mes- y al tercio inmediamente superior se le cobraría el doble de esa cantidad, o sea, $U 100, por persona, por mes. En este último caso estamos hablando de un sector de la población que se encuentra en el límite entre abonar la cuota mutual común o asistirse en un hospital de Salud Pública. Estos datos se manejan sobre la base del gasto actual y lo que se intenta es que ese ingreso adicional complemente, el nivel de apoyo presupuestal que por Rentas Generales está obteniendo ASSE en la actualidad, lo que se lograría al incrementarse levemente este rubro en la Ley de Presupuesto. De manera que no se trata de una sustitución sino de un agregado. Si se sacan cuentas en forma rápida, se vería que teóricamente ASSE estaría generando, además de los U$S 220:000.000 que aporta en la actualidad, un ingreso de nueve por doce, es decir, U$S 96:000.000 adicionales. Esta cantidad dividida por el mismo número de población, haría que ASSE se acercara al entorno de U$S 33 o U$S 34 por usuario por mes, cifra que ya no sería tan lejana a los U$S 40 o U$S 42 que gastan la mayoría de las institucionales mutuales. Por lo tanto, estamos ante una propuesta que efectivamente, a la población de menores ingresos, le puede permitir acceder a un nivel de servicios bastante similar a los que brinda el mutualismo, en calidad y en eficiencia. Entonces, mejorar los servicios a la población de menores ingresos considero que debe lograrse lo más rápido posible.

SEÑOR FERNANDEZ FAINGOLD.- En primer lugar, desearía expresar que el planteamiento a que hace mención el señor Ministro sobre este proyecto como documento de trabajo, era el complemento necesario a la propuesta que hizo el Poder Ejecutivo en el año 1987. Recuerdo que en aquel momento la propuesta de separación de ASSE se dio en medio de una absurda discusión sobre si el Uruguay debía moverse sobre un

sistema nacional de salud o sobre un seguro nacional de salud. Cabe destacar que el proyecto del año 1987, que creó definitivamente a ASSE, le plantea al país el hecho de que la salud del Uruguay debe constituirse en un sistema y que se debe encarar en forma racional su administración. Obviamente, este sistema cuenta con componentes públicos y privados o mutuales, como me gusta llamarlos. Entonces, se adelanta una solución en la cual una parte del componente público intenta administrar la salud a través de un nuevo organismo como al que denomina ASSE. Este nuevo organismo, en el proyecto del Poder Ejecutivo, tenía competencias de administración sobre la prestación directa de servicios y se concentraba en el Ministerio la función normativa, regulatoria y de supervisión, entre otras.

En la discusión parlamentaria de aquel proyecto de ley, la opción que se tomó por la desconcentración --de la cual es parcialmente responsable el Poder Ejecutivo de la época, que no se animó a crear un organismo descentralizado--, en el fondo, dejó la idea de separar las funciones, partir por la mitad el sistema. Digo esto porque ni el Ministerio de Salud Pública está en condiciones de cumplir cabalmente las funciones normativas de fiscalización y de control --porque tiene responsabilidades de administración directa sobre una buena parte de las tareas que debe cumplir ASSE y, en consecuencia, no dispone del tiempo ni de los recursos para llevar a cabo sus funciones normativas--, ni ASSE puede plantear una transformación del esquema de gestión porque, en definitiva, sólo controla una parte de la gestión.

Entonces, la reforma que se intentó llevar a cabo en aquel momento quedó por la mitad, en parte, por la discusión legislativa y, en parte, porque el propio Poder Ejecutivo no se animó a dar el último paso. Si bien no podemos calificarla razonablemente de chicha ni de limonada --porque sí representa un avance frente a lo que había--, en los hechos, en estos casi ocho años, no produjo la transformación que en aquel momento se pensó que se podía conseguir sobre el funcionamiento del sistema.

Si la discusión del proyecto del presupuesto quinquenal, con todas las características que le atribuye la Constitución a este ejercicio durante el primer año de Gobierno, se

entiende que no es la instancia adecuada para analizar los grandes cambios en la orientación de las políticas públicas, confieso que no sé qué temas trataremos. Días pasados, señalé en el Senado que, a mi juicio, este Parlamento sería moroso en sus deberes en cuanto a la reforma del Estado, si en esta discusión presupuestal nos limitamos a analizar planillas. Si hace esto, los cambios en las políticas públicas que estará en condiciones de introducir, serán muy pocos. De esta manera, los planillados pasarían a ser el corral dentro del cual tiene que moverse la administración. Esto es así en la historia de nuestro país. La Constitución del año 1966 no logró modificar esta situación, entre otras cosas, porque los Poderes Ejecutivos de los distintos Gobiernos --aclaro que me refiero a los que tuvieron lugar en el período democrático--no asumieron en profundidad la responsabilidad de plantear, junto con el Parlamento la discusión de las políticas públicas que existen detrás de los planillados. Es muy difícil --y me parece un ejercicio francamente repetitivo, vano y poco conducente--que planteemos la discusión presupuestal como la sucesión de peleas con grupos corporativos que concurren a plantear ajustes de escalafones y cuestiones especiales de trabajo. Detrás de todo esto debería haber una impronta de políticas públicas en las que se señale qué es lo que se quiere hacer con los sectores para los cuales se programan recursos. No digo que las remuneraciones de los funcionarios y los distintos rubros de gastos no tengan importancia. Pero no debemos olvidar que la Constitución establece que debemos votar esos gastos en términos globales y que no se debe ingresar al ejercicio de la discusión corporativa del presupuesto. Concretamente, nuestra Carta Magna señala que la gran discusión entre el Poder Ejecutivo y el Legislativo en la instancia presupuestal, debe ser la relacionada con las políticas. Reconozco las dificultades que se plantean, porque los plazos son breves y el presupuesto viene todo junto. No debemos olvidar que, según lo anunció el Poder Ejecutivo, este presupuesto se armará sobre bases diferentes. Ya no se trata del planillado que teníamos antes con el agregado de otros detalles. Entre otras cosas, si evaluamos los indicadores de salud del país en los años 1984 y 1994 y medimos el crecimiento de los recursos que el país le destinó a la salud en el período de esos 10 años, observaremos que no hay una correspondencia entre los recursos adicionales que se

invierten y la evolución de dichos indicadores. A mí juicio, esta situación se produce porque aún no se ha logrado que la discusión presupuestal sea sustantiva; en realidad, jamás lo ha sido.

En consecuencia, considero que debemos abocarnos a la discusión de las propuestas de cambio en la política pública que nos propone el Poder Ejecutivo. No estoy seguro de estar de acuerdo con todo lo que éste nos propone. Admito que hacerlo durante la instancia presupuestal, implicaría plantearnos una tarea muy grande. Reitero que me niego a discutir planillados. No tengo argumentos para decir si está bien o mal aumentar o disminuir algún rubro, si no es en función de algo. Insisto en que ésta es la instancia quinquenal, no la rendición de cuentas donde ajustamos planillados.

Creo que la instancia de este proyecto de ley del Poder Ejecutivo es muy importante y en ella no sólo debe participar la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda, sino que en lo que refiere a salud, de alguna manera, tiene que participar ésta.

Francamente, deseo preguntarle al señor Ministro si, además de este esquema que plantea, puede indicarnos cómo piensa ejercer en forma más efectiva que la que lo ha hecho desde el año 1987 hasta la fecha, las funciones normativa, de contralor, y de supervisión técnica con respecto al funcionamiento de las instituciones de asistencia médica colectiva.

Hace algunas sesiones, el señor Presidente, se refería a la diferencia que había en los datos estadísticos sobre determinado tipo de actos médicos en Cerro Largo y en Montevideo. En esa ocasión, expresó que aquí hay demasiados o allá muy pocos, que uno de los dos está mal o, en su defecto, ambos. Entonces, deseamos saber de qué manera va a ejercer ese control técnico el Ministerio de Salud Pública ya que quien ahora presumiblemente estará despojado de funciones y responsabilidades en la administración directa de servicios, tendrá el tiempo y los recursos necesarios para organizarse y hacer esto. ¿Qué va a hacer este Ministerio para reducir de manera efectiva el número de cesáreas en este

país, fundamentalmente, a nivel de las instituciones de asistencia médica colectiva? ¿Cómo hará para controlar efectivamente la compra de equipamientos, en la cual ha estado omiso? Pero ha sido omiso porque en el fárrago que es, hasta físicamente, tal vez no haya tenido los recursos, el tiempo necesario ni la vocación de estudiar estos aspectos de acuerdo con procedimientos exactos. Además, como al mismo tiempo le ha tocado administrar servicios integrados por profesionales que tienen los mismos aparatos en el ejercicio privado de su actividad, tampoco ha tenido el tiempo ni la calma como para separar las aguas y decidir qué se va a autorizar y hasta qúe punto, cuáles son las incompatibilidades en el ejercicio de las funciones, en el Estado, en las instituciones dé asistencia médica colectiva, em el sector privado, etcétera. Teniendo esto en cuenta, quisiera saber cómo va a hacer el Ministerio de Salud Pública para cumplir con las funciones que hasta ahora no ha llevado a cabo —que fueron el gran argumento para la ley sancionada en 1987—, o las ha desempeñado mal. Por otra parte, quisiera preguntar a ASSE cómo va a hacer para mejorar la calidad de sus servicios, es decir, como planteaba el señor Presidente hace un momento, para hacer que todos los indicadores de gestión en la administración hospitalaria comiencen a parecerse a los de las instituciones de asistencia médica colectiva.

Con toda franqueza, pienso que si para conseguir que el país empiece a administrar el sistema —nótese que dije el país y no el Gobierno, y estoy hablando del sistema— en forma más racional, tenemos que introducirnos en discusiones de política pública de esta naturaleza —esto no quiere decir que esté ènteramente de acuerdo con la propuesta que se plantea—; me resulta muy difícil entender que nadie opine sobre el hecho de que el Banco de Seguros del Estado tiene 47 cocineros en su sanatorio de 100 camas con una ocupación promedio de 40 internados. O sea, ¿cómo no va a poder opinar el Ministerio en el ejercicio de esa función normativa y de contralor? Sinceramente, me cuesta creer que a nadie le haya llamado la atención el hecho de la utilización de la cirugía de malformaciones congénitas en el área de la salud del Banco de Previsión Social frente a la deficiencia que tienen las instituciones de asistencia médica colectiva en la misma materia. De la misma manera, me sorprende que nadie haya

opinado sobre los planes a nivel de salud del mencionado Banco para construir un CTI pediátrico, puesto que sin duda la administración de su propio CTI le permitiría ahorrar lo que hoy paga por ese servicio. Pero a nadie se le ha ocurrido que estos servicios pueden canjearse y, de pronto, no hace falta aumentar la disponibilidad de camas de CTI pediátricos en el país. En realidad no lo sé, quizá sea una necesidad. Lo concreto es que a nivel central nadie piensa en estas cosas desde el punto de vista del sistema; no hay nadie que realmente esté pensando en cómo utilizar mejor los recursos instalados. Si el Sanatorio del Banco de Seguros del Estado utiliza promedialmente el 40% de su capacidad instalada y, al mismo tiempo, existen instituciones de asistencia médica colectiva sobre las que incide de manera negativa el hecho de no contar con suficientes camas y tener que salir a contratarlas mediante regímenes bastante complicados, ¿por qué no utilizar estas camas para el sistema? A lo mejor no es posible, pero reitero, no hay nadie que esté pensando en eso a nivel central.

Obviamente, integro el Poder Legislativo y no el Ejecutivo, no obstante lo cual considero que este último está siendo omiso, como siento que lo fue en parte durante los Gobiernos de 1985 a 1990 y de 1990 a 1995, al no exigir al Parlamento que la discusión presupuestal fuera una instancia de discusión de la política pública de este país en el área de la salud. Además, si es cierto que el Uruguay está gastando un 8,5% de su Producto Bruto Interno en salud, ¿qué vamos a discutir en el Presupuesto? ¿Vamos a debatir con una colección de corporaciones totales o parciales sobre el mejoramiento de sus ingresos en circunstancias en que el país razonablemente no puede gastar un centésimo más, sino que tiene que empezar a administrar cuidadosamente lo que tiene?

En cierta forma, me conforma el argumento esgrimido por el señor Presidente en el sentido de que tenemos poco tiempo; entonces, creo que debemos usarlo de la mejor manera posible, por ejemplo, reuniéndonos más a menudo. Pero no creo que sea conveniente postergar este tema para luego del Presupuesto porque entonces no voy a saber sobre qué hablar en dicha instancia. Aclaro que tengo pendientes dieciocho solicitudes de diferentes sectores de funcionarios de la salud, y creo que no podemos caer en la tentación de transformar la

discusión presupuestal en un intercambio de figuritas entre sectores —de te doy aquí y me das allá— para contemplar la situación de unos o de otros si no tenemos un modelo de referencia. ¿Y cuál es el modelo? ¿El del señor Ministro de Salud Pública? Realmente no lo sé. Por lo pronto, me tranquiliza que el señor Ministro haya dicho que no son 117 artículos, sino 35 o 40, lo cual simplifica las cosas. Tal vez, señor Presidente, como hemos procedido en otra ocasión, no necesitemos de un articulado que nos dé soluciones tan precisas en algunos casos, sino un proyecto de carácter más genérico. Pero adelanto que me niego a discutir el planillado sin un articulado que me indique dónde se cambia el programa y hacia dónde se dirige la política pública de la salud. Digo más; hasta me negaría a discutir el planillado si, luego de esta discusión, no logramos que la presencia del señor Ministro nos arroje luz sobre algunos objetivos muy concretos en esta materia, si no aclara cómo pretende coordinar los distintos elementos o sectores que funcionan en el sistema sanitario a efectos de cumplir con los objetivos planteados, por ejemplo, en lo que tiene que ver con mortalidad infantil, si no explica qué espera hacer el Ministerio este año con respecto a la cobertura de determinados riesgos y si no dice cuáles serán las políticas a seguir por el sector de la salud en los próximos cinco años.

Esto mismo estoy planteando en todas las Comisiones de las que formo parte, y pienso que haríamos un muy flaco favor a la ciudadanía si en el último presupuesto quinquenal de este siglo continuamos morosos con ella en cuanto a discutir solamente los planillados.

SEÑOR MINISTRO.- El señor Senador Fernández Faingold preguntó acerca de cómo pensaba el Ministerio desarrollar sus actividades propias, es decir, la función de rectoría, a punto de partida del desprendimiento de ASSE. A este respecto, debo decir que, básicamente, en la misma Ley de Presupuesto que va a incluir la descentralización de ASSE proponemos la apertura de cuatro programas presupuestales —actualmente existe un único programa para las funciones del Ministerio—, uno de los cuales se refiere a la administración superior de la Cartera, a la fijación de políticas de salud y al funcionamiento de la Comisión Honoraria de Salud Pública, mientras que los otros tres se

relacionan con los cometidos esenciales del Estado en materia de salud. El primero de estos cometidos es el de la vigilancia del estado sanitario de la población y la ejecución de programas de salud pública destinados a mejorar esa situación. El segundo garantiza la calidad de los establecimientos, de los productos tales como medicamentos y del personal, profesional o no, que conforma en su conjunto el sistema de servicio de salud del país. El tercer cometido esencial, es el de planificar la organización de los servicios, la disponibilidad y la utilización de los recursos, de forma que toda la población tenga acceso a servicios eficientes, eficaces y equitativos en cuanto a su distribución y que, por medio de la oferta de servicios, se eviten en la mayor extensión posible —como consecuencia de esa planificación— las superposiciones y las ineficiencias debidas a la subutilización de capacidad instalada. Esa es la planificacoión del sistema.

De manera que vamos a tener cuatro programas: uno de administración superior y fijación de políticas, uno de vigilancia de la situación de salud, otro de garantía de calidad de los establecimientos y de los recursos y otro de planificación del sistema.

Esa, es la forma en que pensamos presupuestal, programática y también orgánicamente --y esto responde a las grandes líneas de desarrollo institucional del Ministerio de Salud Pública—debe ser el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública.

En cada uno de estos tres Programas, hay una vinculación con las Comisiones Honorarias, que mantienen sus propios presupuestos en las áreas que son de competencia específica, como son las que atienden los temas vinculados con el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la tuberculosis, etcétera.

En cuanto a la salud de la población, nos hemos planteado objetivos concretos en términos de situación materna e infantil, de los adolescentes y de los jóvenes, y social y sanitaria de los ancianos. Lamentablemente, no hemos tenido aún el tiempo necesario para cuantificar metas en cada una de estas áreas.

mea

SEÑOR FERNANDEZ FAINGOLD.- Pido disculpas al señor Ministro por la interrupción, pero deseaba expresar que si la instancia presupuestal no es la oportunidad de discutir estos temas con el Parlamento, ¿para qué la establecemos? Nos enviarían los planillados, haríamos algunas negociaciones, manejaríamos cifras gruesas, analizaríamos a quién otorgaríamos beneficios y a quién se lo quitaríamos y, de esa manera, aprobaríamos el Presupuesto.

Lo que estoy reivindicando es que este diálogo sustantivo con cada una de las áreas del Estado, sea el eje de la discusión presupuestal. Por eso planteaba la posibilidad de un articulado que no fuera tan extenso y que estableciera los principios más importantes; esos son los aspectos que debe incluir la Ley de Presupuesto, además de los planillados, porque permiten decir que con tal personal y tales recursos y previsiones se podrán cumplir o no determinados objetivos.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera hacer una referencia concreta a la propuesta formulada, que si bien está presentada a título personal y en nombre de algunos sectores, no deja de tener carácter formal y, por lo tanto, la tomo con la mayor seriedad y respeto.

Coincido con las apreciaciones hechas por el señor Senador Fernández Faingold en el sentido de que en un Presupuesto quinquenal que intenta reformar el Estado, es fundamental establecer esta modificación que en el Ministerio de Salud Pública es importante, pero que en el sistema de servicio de salud del país es el primer paso y, diría, muy pequeño en relación a los que todavía restan.

Por eso me adelanté a decir al señor Senador que quería efectuar una contrapropuesta también formal y a título personal. Listemos los temas más importantes que tiene el sistema de salud del país. Sin perjuicio de que haya otros, enumeraría los siguientes. La coordinación de los distintos efectores del sector público entre sí y con los del sector privado; el marco normativo que compatibilice la defensa que deben tener las instituciones de asistencia médica colectiva y ASSE descentralizada, en relación a los seguros parciales y a estructuras que no cumplen con una finalidad social tan

clara; la modificación del régimen de DISSE, para que sus beneficiarios tengan posibilidad de elegir; la transformación del subsidio a las poblaciones en situación de indigencia o pobreza relativa, que hoy se realiza a través de presupuestos de establecimientos y que es nuestra aspiración se dirija en el futuro directamente al subsidiado, dándole una mayor capacidad de elección.

Los que acabo de mencionar, creo deberían ser los contenidos o, por lo menos, algunos de los capítulos principales de una ley de sistema nacional de salud. Precisamente, su aprobación en el transcurso de 1996 tendría que ser nuestro compromiso, de tal manera que nos proyectemos al año 2000 no solamente con ASSE transformada en una empresa descentralizada efectiva y eficiente, sino también con un sistema nacional de salud que nos permita absorber los desafíos que prácticamente están llamando a la puerta. Me refiero a los que provienen de la necesidad de incorporar a las prestaciones que se ofrecen en el país, ya sea a través del sistema mutual, de ASSE, del Fondo Nacional de Recursos o de Medicina Altamente Especializada, tecnologías de muy elevado costo, como la genética molecular, la prevención de malformaciones congénitas, y otras de las cuales hasta ahora no hemos estado excluidos. Sin embargo, lo estaremos si no logramos de la totalidad del sistema una eficiencia mucho mayor que la que tiene en el momento actual.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer una reflexión final, adelantando que los temas enunciados en la parte final de la exposición del señor Ministro me parecen de altísima prioridad. Sin embargo, vuelvo a insistir en que vincular el Presupuesto con reformas estructurales, a mi juicio no siempre es bueno, aunque puede ser una concepción que acepto. Además, tampoco es necesario, porque tenemos constancia de que las grandes reformas que ha hecho Salud Pública en los últimos años en base a un mecanismo de funcionamiento semiprivado de algunas unidades de alta tecnología y de tratamiento intensivo, tuvieron lugar fuera del marco prespuestal y significaron cambios realmente sustanciales. Quiere decir que no siempre el Presupuesto ha de marcar -- aunque puede hacerlo así, y lo respeto totalmente-una política de cambio. Igualmente, estaríamos habilitados a introducir modificaciones al régimen actual a pesar de que,

como dice el señor Senador Fernández Faingold, solamente planilláramos. Además, si existiera consenso y acuerdo, nada nos impediría establecer otro relacionamiento de los actores sociales y de los trabajadores.

Indudablemente, es una preocupación constante la de que, de los $ 316:000.000 que el Ministerio de Salud Pública recibirá como partida anual en el Presupuesto, un tercio del financiamiento será de costo de los sectores más desprotegidos de la población. Me preocupa muchísimo porque, además, estamos estableciendo un criterio de aporte diferencial en el sentido de que quienes tienen más capacidad de pago aporten más, cuando clásicamente en nuestro país hemos defendido esa postura como forma de financiamiento, y se nos ha respondido sistemáticamente que no es posible porque no se conoce el ingreso de la gente.

Entonces, aquí vamos a establecer un criterio de aporte proporcional en los sectores más desprotegidos, aspecto que ya se introdujo en el caso de la seguridad social, donde además el Erario y los pasivos van a invertir U$S 42:000.000, que representan el 50% de lo que sería la remodelación del Hospital de Clínicas y de lo que está previsto como gastos para ese fin.

Realmente, señor Ministro, creo que no ha sido una orientación adecuada, porque además, según se desprende de las negociaciones con el sector de los jubilados, éstos estaban dispuestos a aportar para el Hospital de Clínicas y recibir así una calificada atención de salud con los profesores de la Facultad de Medicina. Cuando se pregunta si estamos invirtiendo adecuadamente en salud y si estamos dando señales adecuadas de cómo hacemos las inversiones en esa área, podemos responder que éstas también son inversiones en salud determinadas por el poder político. Por otra parte, si nos cuestionan por qué estos esfuerzos no dan los resultados adecuados, tenemos que decir que este país tiene buenos indicadores de salud, porque cuenta con una tradición en ese sentido, porque ha sido próspero, tuvo una buena inversión, un alto rendimiento, y porque --además—completó una transición demográfica. Quiere decir que el Uruguay posee indicadores que los hubiese logrado, tal vez no tan rápidamente, simplemente por el cambio de los perfiles

msa

evolutivos de su población, y no han rendido más, porque no han existido políticas de salud dirigidas a los problemas específicos. En ese sentido, seguimos teniendo muertes por hidatidosis, y desde hace pocos años se ha retomado una política para el tratamiento y prevención del quiste hidático. Asimismo, poseemos una altísima tasa de mortalidad por cáncer, y desde hace escaso tiempo este tema se ha encarado como un Programa. También continuamos con una alta mortalidad por enfermedades cardiovasculares, y a diario percibimos que su tratamiento se hace muy mal. En definitiva, tuvimos malas orientaciones en políticas de salud, y por esa razón no tenemos los rendimientos adecuados. Seguimos teniendo mortalidades infantiles altas porque, indudablemente, el país está peor, hay mayor pobreza y, por lo tanto, se mueren más los usuarios del Ministerio de Salud Pública, porque son los más desposeídos y los que tienen menos que lo necesario para contar con un mejor nivel social. Sin embargo, cuando se desarrollaron políticas específicas --y el señor Ministro tiene conocimiento de ello, porque fue él quien las implementó--, la mortalidad infantil bajó cinco puntos. Entonces, las políticas de salud tienen que ser orientadas cuando ya no podemos avanzar más.

Contamos con estudios sobre la eficiencia y eficacia de las instalaciones del Ministerio de Salud Pública; sin embargo, no tenemos controles que permitan comparar el rendimiento de éstas con las instituciones de asistencia médica colectiva. En ese sentido, quisiera saber si hay mayor o menor mortalidad en Salud Pública, porque si es ineficiente, ineficaz e invierte tres veces menos en salud, tenemos que presumir que es mucho mayor.

Creo que por todo esto, los rendimientos no son los adecuados en el área de la salud.

Una vez más quiero decir que considero que este Ministerio es un lujo en cuanto a su conceptualización de salud; por ello me parece que vamos a tener políticas dirigidas a las áreas críticas, más allá de las discrepancias que tengamos respecto a este proyecto sobre el cual estamos dispuestos a trabajar para mejorarlo.

SEÑOR MINISTRO.- Agradezco los conceptos vertidos por el señor Presidente de la Comisión.

SEÑOR ANDUJAR.- En nombre de los integrantes de esta Comisión, agradezco la presencia del señor Ministro de Salud

Pública y sus asesores.

Deseo formularles una pregunta que no tiene que ver con la política de salud. Este anteproyecto, ¿sólo se va a enviar junto con el presupuesto? ¿Se ha previsto la alternativa de que éste no funcione?

SEÑOR MINISTRO.- Obviamente, el Poder Ejecutivo cree en la necesidad de descentralizar y, por lo tanto, el presupuesto que tiene que ver con el Inciso 12, Ministerio de Salud Pública, está formulado sobre la base de que se aprueba la creación de ASSE como servicio descentralizado y se le transfieren los créditos presupuestales correspondientes, que actualmente están en el Programa II del Inciso 12, referido a la atención integral de la salud. De manera que la formulación del presupuesto está hecha, reitero, sobre la base de que se cree el servicio descentralizado, y de que éste recoja los créditos presupuestales y todas las normas presupuestales referidas a la función de prestación de asistencia, que hasta la aprobación del presupuesto se encuentran en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Si en el debate parlamentario no se aprobara la creación del servicio descentralizado, el Poder Legislativo tendrá que estudiar la forma jurídica por la cual esos créditos presupuestales queden habilitados al organismo desconcentrado, ASSE, hoy existente.

Formulé esa pregunta porque tengo el temor de que si no se aprueba ese proyecto, el Ministerio de Salud Pública quedará sin presupuesto.

SEÑOR FERNANDEZ FAINGOLD.- No se preocupe, señor Senador, porque eso no va a ocurrir.

SEÑOR STORACE.- Es un gusto contar con la presencia del señor Ministro de Salud Pública, porque es un informante muy preciso de esta Comisión. Lamento que no esté presente el señor Senador Korzeniak, porque el tema de la inamovilidad no se refiere solamente a la que tiene un funcionario por pertenecer a la Administración Central y que no posee otro que pertenece a una empresa pública. Ocurre que acá, funcionarios que son inamovibles van a pasar a ser movibles. Por lo tanto, habrá un cambio de categorías que tiene sus particularidades. En ese sentido, hay que estudiar la palabra "inamovilidad" en el proyecto, porque todo cambio que tenga que ver con la posición de un funcionario público, deberá

estar protegido dentro del propio estatuto por el cual va a ingresar.

Me parecía necesario hacer esa precisión: dejar constancia de ella antes de que terminara la sesión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del señor Ministro de Salud Pública y de los Directores de las distintas áreas.

(Se retiran de Sala los señores invitados)

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

msa